



**保險契約內容變更申請書(傳統型保單專用)**

保單號碼	IMA1000000	要保人	陳大巴	被保險人	陳大巴	本人同意左欄行動電話及電子郵件信箱變更為本申請書保單號碼之行動電話及電子郵件信箱。
行動電話	09**123456	電子郵件信箱	Paris888@xxxxx			

茲向法國巴黎人壽申請變更上述保單號碼之保險契約內容，本申請書需經 貴公司同意後以批註方式或重製保單始生效力，其契約內容變更如下：

姓名		身分證字號		出生日期		年 月 日	
如無須異動資料的欄位可不必填寫		公司電話					
1	(姓名變更請於親簽欄位簽署新/舊名字)	郵遞區號	□□□-□□				
戶籍地址		□同上郵遞區號		□□□-□□			
國籍		□台灣 □其他_____		居住國家		□台灣 □其他_____	
稅務國家		□台灣 □其他_____		主要活動國家		□台灣 □其他_____	
2	電子單據服務	<input type="checkbox"/> 申請 (請務必填寫上列要保人電子郵件信箱，並詳閱第二頁電子單據服務約定暨注意事項) <input type="checkbox"/> 取消					
被保險人基本資料變更		姓名	陳鐵塔	身分證字號	出生日期		年 月 日
1.姓名變更請於親簽欄位簽署新/舊名字		住家電話	02-66363456	公司電話	行動電話		09**65432
2.要保人與被保險人不同人時填寫		聯絡地址	郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -□□□ 台北市信義區信義路5段7號79樓				
		戶籍地址	☑同上郵遞區號		□□□-□□		
		國籍	☑台灣 □其他_____		居住國家		□台灣 □其他_____
		稅務國家	☑台灣 □其他_____		主要活動國家		□台灣 □其他_____
4	繳別	<input type="checkbox"/> 月繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 年繳					
5	繳費方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自行繳費 (請檢附要保人證件)					
被保險人職業變更		公司名稱	法國巴黎保險股份有限公司		職稱		
		工作內容	行政文書		<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 兼職，工作內容：		
		公司地址	106 台北市大安區忠孝東路九段 2700 號 30 樓				
7	補發保單	<input type="checkbox"/> 紙本保單 (需繳納工本費NT\$100，匯款方式詳後第三頁注意事項5說明，並請檢附匯款憑證) <input type="checkbox"/> 電子保單 (需提供要保人之行動電話、電子郵件信箱)					
		1.申請補發電子保單時，請詳閱法國巴黎人壽官方網站之電子保單相關權益說明。 2.若為電子保單者，日後辦理契約變更之批註文件請至巴黎線上保戶專區下載電子批註書檔案(需具有巴黎線上會員資格)。					
8	簽章方式變更	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 (請於親簽欄位中簽署新/舊簽章)					
9	保障內容變更	<input type="checkbox"/> 復效 (停效6個月以上請加填健康告知暨聲明書)					
10	其他變更						

聲明事項：本申請書所有簽名部分確由當事人本人親自簽章屬實無誤，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任。

要保人親簽：陳大巴 被保險人親簽：陳大巴/陳鐵塔 申請日期：民國 113 年 7 月 1 日  
 (為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章)  
 ※法定代理人/監護人/輔助人欄：  
 (1.如要保人或被保險人未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/輔助人代簽 2.如要保人或被保險人未成年者/有監護人或輔助人者，則法定代理人/監護人/輔助人須簽名)

法定代理人/監護人/輔助人親簽：陳大巴 身分證字號：A128\*\*\*\*89 關係：父子  
 出生日期：民國 50 年 10 月 10 日 連絡電話：0900\*\*\*\*99 國籍：台灣

送件單位填寫欄	保經(代)簽章
---------	---------

送件單位：銀行 / 公行 送件單位受理/流水編號：

如符合上述身份者，請特別加簽+加填 (法定代理人/監護人/輔助人簽名+ (M) 變更姓名 (M) 須簽屬變更前、後姓名)

填身分證字號&出生年月日&關係&國籍。

法國巴黎人壽批核/審查欄 (本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力)

本公司同意本保單契約內容做如上之變更，且變更後之內容自民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起生效。  
 下期保費自民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起調整為\_\_\_\_\_繳，每期\_\_\_\_\_元整。

<input type="checkbox"/> 已核對簽名無誤	承辦	覆核
----------------------------------	----	----



**法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司**  
**履行個人資料保護法告知義務通知書**

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱「本分公司」)依據個人資料保護法(以下稱「個資法」)第六條第二項、第八條第一項、第九條第一項規定,向台端告知下列事項,請台端詳閱:

**一、蒐集之目的:**

依據法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」,包括人身保險(00一)、金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用(0五九)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(0六三)、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)、遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)。

**二、蒐集之個人資料類別:(本分公司蒐集個人資料類別如下,細節請詳如相關業務申請書或契約書內容)**

- (一) 識別類(如姓名、電話、金融機構帳戶或信用卡號碼、身分證統一編號或統一證號或護照號碼、稅務識別碼等)
- (二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日、國籍/稅務居民身分等)
- (三) 家庭情形(如要保人與被保險人之關係、受益人與被保險人之關係、保險費自動轉帳暨信用卡代繳授權人與要保人/被保險人之關係等)
- (四) 社會情況(如住所地址、財產資料、工作許可文件、居留證明文件、個人嗜好等)
- (五) 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)
- (六) 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)
- (七) 財務細節(如總收入、總所得、淨資產、貸款、財務交易紀錄、保險細節、股東個人與法人客戶間的投資關係等)
- (八) 商業資訊(如經營商業之種類等)
- (九) 健康與其他(如病歷、醫療、健康檢查、健康紀錄、診斷紀錄等)
- (十) 其他各類資訊(如無法歸類之信件、檔案及其他合於營業項目之特定目的所須蒐集個人各項資料、其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容等)

**三、個人資料之來源(經本分公司間接取得之個人資料者適用):**

- (一) 要保人/受益人
- (二) 當事人之法定代理人、輔助人
- (三) 各醫療院所
- (四) 於本分公司各項業務內所委託往來之第三人。

**四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:**

- (一) 期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象:本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本(分)公司合作推廣保險契約之保險代理人/保險經紀人及與本(分)公司合作辦理銀行保險業務之銀行、與本公司有再保業務往來之公司、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者、依國內外法令規定處理利用之機構、依國內外法令之有權機關、金融監理機關或稅務機關(含美國聯邦政府財政部及美國國稅局)、國內主管機關及主管機關將資料轉交至台端所屬稅務居民國之稅務機關、其他台端所同意之對象。
- (三) 地區:上述對象所在之地區。
- (四) 方式:合於法令規定之利用方式。

**五、依據個資法第三條規定,台端就本分公司保有台端之個人資料得行使之權利及方式:**

- (一) 得向本分公司行使之權利:
  1. 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
  2. 向本分公司請求補充或更正。
  3. 向本分公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式:書面、電子郵件、傳真、電子文件。

**六、台端不提供個人資料所致權益之影響(經本分公司直接取得之個人資料者適用):**

台端若未能提供相關個人資料時,本分公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝辦理、遲延或無法提供台端相關服務或給付。

**七、本分公司有權修訂本告知義務通知書,並於修訂後以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件、網站公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知台端修訂要點。**

**法商法國巴黎人壽電子單據服務約定暨注意事項**

- 一、茲因本人(即要保人)向法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱:法國巴黎人壽)申請電子單據服務(下稱本服務),爰提供約定之本人電子郵件地址(email address)留存於法國巴黎人壽,經法國巴黎人壽就保險契約相關單據/服務訊息/通知書等(服務項目依法國巴黎人壽官方網站 <https://life.cardif.com.tw>/保戶服務/電子單據服務所公告者為準,嗣後新增或變更者,亦同)向該電子郵件地址為寄發時視為已送達,法國巴黎人壽不另行交付紙本。
- 二、要保人得向法國巴黎人壽申請變更約定所留存電子郵件地址,法國巴黎人壽將以要保人最後約定留存之電子郵件地址寄送。要保人亦得隨時以紙本書面向法國巴黎人壽申請終止本服務。本服務終止後,如欲恢復使用,應依法國巴黎人壽規定重新申請。
- 三、倘要保人變更,原要保人申請之「電子單據服務」即自動終止。新要保人如欲享有「電子單據」服務,請新要保人重新提出申請。
- 四、若依法令或主管機關規定相關單據須採紙本書面通知方式,或因電子郵件地址(email address)錯誤導致無法寄送者,法國巴黎人壽將改以書面寄送。

**註:本分公司已履行上開告知義務,並將告知書內容與相關業務申請書或保險契約相關申請文件合併列印提供予台端。**



**法商法國巴黎人壽傳統型商品契約變更規則一覽表**

變更項目	應附文件			申請時間
	契約內容變更申請書	健康告知暨聲明書	身分證影本/戶籍謄本/詳細記事之戶口名簿	
1. 姓名/出生年月日/身分證字號/性別	√		√	隨時
2. 地址/電話/e-mail	√			隨時
3. 受益人	受益人變更申請書			隨時 (需依條款內容辦理)
4. 繳費管道 a. 自行繳費 b. 轉帳/信用卡	a. 契約內容變更申請書 b. 轉帳/信用卡授權書			隨時 (申請自行繳費另檢附證件)
5. 職業內容	√			隨時
6. 繳別變更(短→長)	√			隨時
7. 繳別變更(長→短)	√			下次應繳費日前 15 天
8. 保額減少	√			下次應繳費日前 15 天
9. 減額繳清	√			下次應繳費日前 15 天
10. 復效	√(停效六個月內)	√(停效超過六個月)		依商品條款約定辦理
11. 發單後補告知	√	√		隨時
12. 終止契約	終止契約申請書		√	隨時
13. 保單借款	保單借款合同書/存摺影本		√	隨時 (須累積保單價值準備金)
14. 還款	還款之繳款憑證			隨時
15. 補發保險單	(1)契約內容變更申請書 (2)匯款憑證			隨時 (工本費\$100 元)

注意事項：

1. 本申請書構成原契約之一部份，各項資料之填寫及告知請以正楷填寫。
2. 本申請書如有塗改，請於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。
3. 各項契約變更之核保規定，同新契約核保規則；條款中另有規範者依其規範辦理。
4. 實際可變更項目，將依各專案內容及規定辦理，本申請書所列之申請內容不完全適用各保單，申請內容若有不符，本公司將以批註、退件或另行照會處理。
5. 申請補發保單，工本費 NT\$100 可匯至以下帳號，完成匯款後請檢附匯款憑證及契約內容變更申請書郵寄至本公司。  
(1) 新光銀行營業部分行帳號：00821-060-32025，帳戶名稱：法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司  
(2) 彰化銀行中正分行帳號：5314-01-099956-00，帳戶名稱：法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司  
(3) 兆豐銀行忠孝分行帳號：005-09-020-250，帳戶名稱：法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司
6. 商品依條款約定辦理減額繳清後，所附加一年期無保證續保附約持續有效至該期已繳之保險費期滿後終止。所附加保證續保附約得持續繳費，並有效至主約滿期日。
7. 變更內容如需退費並指定帳戶匯款者，請附上存摺正面影本。
8. 本公司將抽樣對保戶進行電話訪問，確認申請內容，並於必要時得修正以上之規定。
9. 因受傷或疾病無法簽署新/舊兩種樣式時，申請書之其他欄位需註明無法簽名的原因，並由兩位見證人簽名，(需加註與保戶關係及見證人身分證字號)，兩位見證人可為客觀第三者但不得為指定受益人、保單招攬業務員及送件業務員。